20　　年　　月　　日

群馬大学医学部附属病院

病院長　殿

（施設名）

（施設の長）

施設見学依頼書

下記のとおり施設見学をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **見学日時** |  |
| **見学者氏名****(所属・職名）**※見学される方全員を記載 |  |
| **見学場所** |  |
| **見学目的** |  |
| **「ワクチン接種・****感染症状況報告書」****記載内容問合せ先**※「ワクチン接種・感染症状況報告書」を提出する場合 | 部　　署：氏　　名：電話番号： |

**【本件事務担当】**

所属

住所

電　話

FAX

E-mail：